

## LANGUAGE ACCESS COMPLAINT FORM

Si cree que no hemos podido prestarle servicios debido a su idioma u otra barrera de comunicación, es posible que el Departamento lo pueda ayudar. Llene este formulario y envíelo a: Department of Managed Health Care, Equal Employment Opportunity Office, 980 9<sup>th</sup> Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814.

1. INFORMACIÓN DE CONTACTO	
<b>Nombre:</b>	
<b>Dirección:</b>	
<b>Número de teléfono:</b>	
<b>Dirección de correo electrónico (email):</b>	

2. DETALLES DE LA QUEJA	
<b>Fecha del incidente:</b>	
<b>Método de contacto:</b>	
<b>Ubicación de los servicios (dirección si la conoce):</b>	
<b>Problema(s) con el acceso lingüístico o barrera de comunicación:</b>	(Marque todos los que correspondan) <input type="checkbox"/> Falta de letreros informando al público de los servicios de intérprete/traducción <input type="checkbox"/> Falta de servicios de intérprete <input type="checkbox"/> Falta de personal bilingüe <input type="checkbox"/> Falta de formularios/materiales traducidos <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>¿En qué idioma necesitaba recibir ayuda?</b>	<input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro: _____
Descripción breve (adjunte páginas adicionales de ser necesario):	

3. AYUDA CON EL FORMULARIO	
¿Alguien le ayudó a llenar este formulario?	<input type="checkbox"/> <b>Sí (llene la información a continuación)</b> <input type="checkbox"/> <b>No (deje la información a continuación en blanco)</b>
<b>Nombre:</b>	
<b>Organización:</b>	
<b>Número de teléfono:</b>	
<b>Dirección de email:</b>	

*USO DEPARTAMENTAL SOLAMENTE:*

<b>Date Received:</b>	
<b>Action Taken:</b>	
<b>Action Outcome:</b>	
<b>Contact Person:</b>	
<b>Phone:</b>	
<b>Email:</b>	